



GRADO EN ECONOMÍA
2019-2020

TRABAJO FIN DE GRADO

**Acceso y utilización de los servicios sanitarios por parte
de la población inmigrante**

**Access and use of healthcare services from immigrant
population**

LARA CELIS GARCÍA

DAVID CANTARERO PRIETO
CARLA BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

JULIO 2020

RESUMEN

El derecho a la salud es un derecho fundamental de los seres humanos. La población inmigrante en España ha ido en aumento desde la década de los noventa, lo que ha llevado a diferentes teorías alrededor de estos movimientos migratorios. El objetivo de este trabajo es hacer un análisis del uso por parte de los inmigrantes en España de la asistencia sanitaria. Aunque los resultados son heterogéneos debido a la gran diversidad de nacionalidades en nuestro país, según los estudios previos analizados, la utilización de estos servicios por parte de colectivos de inmigrantes es similar a la utilización por parte de los nativos, aunque su frecuencia es menor en servicios de prevención y consultas de médicos especialistas. Esto puede ser debido a las diferentes barreras de acceso a nuestro sistema sanitario, a una menor incidencia de enfermedades crónicas o a su menor edad media (36,23 años frente a la media de nacionales 44,5 años).

ABSTRACT

The right to health is a fundamental human right. The immigrant population in Spain has been increasing since the 1990s, which has led to different theories about these migratory movements. The objective of this paper is to make an analysis of the use of health care by immigrants in Spain. Although the results are heterogeneous due to the great diversity of nationalities in our country, according to the previous studies analyzed, the use of these services by immigrant groups is similar to that of the natives, although their frequency is lower in prevention services and consultations of medical specialists. This may be due to the different barriers of access to our health system, to a lower incidence of chronic diseases or to their lower average age (36.23 years versus the average of nationals 44.5 years).

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. ¿QUÉ ES LA SALUD?.....	4
2.1 DETERMINANTES DE LA SALUD.....	4
2.2 LA ATENCIÓN SANITARIA Y LOS SISTEMAS DE SALUD.....	5
2.2.1 Características de la atención sanitaria.....	5
2.2.2 Tipos de sistemas de salud.....	6
3. LA DEMANDA DE SALUD Y DE ASISTENCIA SANITARIA	8
4. LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA	10
5. INMIGRACIÓN EN ESPAÑA	13
5.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO	13
5.2 POSIBLES BARRERAS AL ACCESO DE LOS INMIGRANTES A LA ATENCIÓN SANITARIA	14
4.2.1 Barrera legal	15
4.2.3 Barrera lingüística.....	16
4.2.3 Barrera cultural	16
5.3 LITERATURA PREVIA SOBRE UTILIZACION DE SERVICIOS SANITARIOS POR POBLACION INMIGRANTE.....	17
5.4 ANÁLISIS DE VARIABLES	19
6. CONCLUSIONES.....	23
7. BIBLIOGRAFÍA.....	24

1. INTRODUCCIÓN

Vivimos en un mundo cada vez más globalizado en el que el ambiente intercultural es cada vez mayor. No sólo nos encontramos en una esfera de un entorno culturalmente más rico, sino que somos muchos los que en algún momento hemos sido residentes extranjeros en un país distinto al de nacimiento. Es, además, satisfactorio ver como una gran parte de las nuevas generaciones están cada vez más concienciadas en cuanto a temas de igualdad y respeto, con un pensamiento libre de prejuicios y solidario con los demás, aunque aún queda mucho camino por recorrer, para lo cual es necesario la educación en esta materia.

La inmigración en España ha ido aumentando desde la década de los 90, llegando a formar parte de algo más del 15% de la población total del país. Este hecho, unido con el ascenso en popularidad de la extrema derecha en España, abre el debate de si los inmigrantes utilizan más que los nacionales la sanidad pública. En este trabajo se analizará el acceso y la utilización de la población inmigrante a los servicios sanitarios en España, para reforzar o descartar la idea de un “sobreuso” de estos recursos. En este trabajo se empieza exponiendo de forma teórica los conceptos de salud y sus determinantes, así como la asistencia sanitaria y la demanda de salud. Finalmente, se hace un análisis de unos determinados estudios llevados a cabo en los años 2010, 2012 y 2015 y se comparan los resultados con un análisis de variables de la Encuesta Nacional de Salud, publicada en los años 2006, 2011-2012 y 2017 por el INE.

2. ¿QUÉ ES LA SALUD?

En 1946, la OMS estableció la definición de salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad”*.

Entendemos por salud el estado caracterizado por la integridad anatómica; la habilidad de actuar personalmente de acuerdo con valores familiares, cumpliendo con los roles laborales y sociales; la habilidad de manejar el estrés físico, biológico y social; un sentimiento de bienestar y el estar libre de riesgos de enfermedad y muerte (Hidalgo et al, 2000).

Los avances en sanidad y en medicamentos han hecho que la tasa de morbilidad y mortalidad haya ido disminuyendo desde principios de siglo, pero aun así siguen existiendo diferencias en los estados de salud entre países o incluso entre regiones dentro de un mismo país, las cuales no pueden ser explicadas por diferencias en la calidad o cantidad de asistencia sanitaria. Es por esto por lo que existe una gran variedad de trabajos de investigación que demuestran que no es sólo la asistencia sanitaria lo que determina nuestra salud, sino que hay además una serie de factores que pueden jugar un papel bastante importante en él. Estos factores son conocidos como los determinantes de la salud.

2.1 DETERMINANTES DE LA SALUD

Se comienza a hablar de los determinantes de la salud de los individuos y las poblaciones a partir del estudio publicado por Marc Lalonde (Quebec, 1929 -), quien ocupó el cargo de Ministro de Salud Pública y Bienestar Social de Canadá entre los años 1972-1977. En su

trabajo “*Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses*” (1974), estableció que la base de la salud y/o la enfermedad no estaban relacionadas solo con factores biológicos o agentes infecciosos, sino que, además, la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen socioeconómico, como, por ejemplo, el estilo de vida, los factores medioambientales, los aspectos genéticos y biológicos y, por último, los servicios sanitarios. Este estudio tuvo un gran impacto en el sector sanitario internacional y sirvió para la reforma sanitaria canadiense.

Los determinantes de la salud comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud (Barragán et al, 2007)

Estos determinantes son unas variables que tiene la capacidad de modificar nuestro estado de salud, tanto de forma positiva como negativa. Es necesario tener en cuenta estos determinantes a la hora de analizar la salud de un individuo ya que esta no es solo producto de las decisiones propias o voluntarias que toma, sino que también está condicionado por las interacciones del entorno en el que vivimos.

2.2 LA ATENCIÓN SANITARIA Y LOS SISTEMAS DE SALUD

“La asistencia sanitaria se entiende como la prestación de servicios médicos y farmacéuticos a individuos o poblaciones necesarios para conservar o restablecer la salud de las personas” (Ministerio de Seguridad Social, Gobierno de España, 2020).

2.2.1 Características de la atención sanitaria

Aunque la salud tenga características especiales en comparación con otros bienes o servicios, podemos analizarlas desde un punto de vista económico, pero es necesario para ello simplificar las descripciones arriba mencionadas.

Las personas deseamos tener un buen estado de salud, que, para trasladarlo a lenguaje económico, podemos denominarlo *stock* (cuanta más acumulación de *unidades de salud* más stock), entendiendo en este caso la salud como ausencia de enfermedad. Para conseguir este stock que es nuestro objetivo, o aumentarlo, necesitamos una atención o unos cuidados sanitarios los cuales podemos denominar flujos de bienes y servicios que generan estas unidades de stock de salud (Braña Pino, 2015). Aunque a diferencia de otros bienes y servicios, la salud o atención sanitaria tiene características diferentes y especiales:

- a) Presencia de incertidumbre: nos encontramos con incertidumbre tanto en la demanda (estado de salud del paciente) como de la oferta (eficacia de según qué tratamientos). La incertidumbre se presenta desde las enfermedades que padecemos o podemos padecer, el diagnóstico de estas o el entendimiento de la función o efectividad de los tratamientos contra ellas.
- b) La importancia del aseguramiento: esto se produce en consecuencia de la incertidumbre. Los individuos en general somos aversos al riesgo y esta aversión puede que nos lleve a contratar seguros de enfermedad. Este aseguramiento

termina con la relación entre el precio y el coste de provisión de los servicios sanitarios, sin embargo, puede dar lugar a situaciones de abuso moral (asociadas al desplazamiento hacia afuera de la restricción presupuestaria del individuo) y de selección adversa (asociadas a elección de ciertos perfiles por parte de las aseguradoras).

- c) Información asimétrica: si consideramos como individuos paciente y médico, los primeros no tienen información perfecta sobre lo que les pasa o sobre la eficacia de su tratamiento. En cuanto a los segundos, no tienen la información completa de determinantes de la salud de sus pacientes o sus características genéticas o estilos de vida. En la atención sanitaria, el conocimiento del médico es mucho mayor que el del paciente, y esto puede generar conflicto si el médico desea o no revelar su información al paciente si se guía por el beneficio económico.
- d) Existencia de instituciones sin fines lucrativos: junto a organizaciones públicas y privadas, existen además organizaciones sin fines lucrativos, como hospitales o residencias de ancianos cuyo objetivo no es maximizar el beneficio. Estas organizaciones suelen tener apoyo estatal a través de subvenciones o beneficios fiscales.
- e) Externalidades: entendiendo como externalidades aquellas consecuencias que afectan a terceros que nada tienen que ver con la actividad que causa la externalidad. En el ámbito de la sanidad, pueden ser positivas (beneficios de la vacunación de la población, cuarentenas) o negativas (enfermedades contagiosas, contaminación). Además, cuentan como externalidades actividades que aparentemente parecen privadas como el tratamiento con antibióticos de un paciente, que puede dar lugar a que surja una bacteria resistente a dicho antibiótico.
- f) Presencia predominante del Estado: la sanidad puede que sea el servicio con más presencia del Estado a través de la regulación, la cual puede ir desde exigencia de licencia para abrir una consulta hasta el control de comportamiento de todos los organismos que la componen como hospitales, centros de salud, residencias, sector farmacéutico... En todos los países, el sector público produce y provee por sí mismo atención sanitaria. La presencia del Estado está justificada ya que este mercado no es competitivo al existir un gran conjunto de “fallos de mercado”.

2.2.2 Tipos de sistemas de salud

La provisión de servicios sanitarios por parte del Estado es diferente según el país. Desde el mínimo de regulación, como por ejemplo Estados Unidos hasta una cobertura universal como la de nuestro país.

- Sistema Nacional de Salud (modelo Beveridge): se trata de un modelo de sanidad financiado por impuestos de toda la población, el cual tiene acceso y cobertura universal. Cuenta con centros sanitarios propios y no suele tener copago para los servicios excepto el farmacéutico. En España se aprobó por la Ley General de Sanidad 14/1986, por la cual se establece este modelo, se tiende a la universalización de los servicios sanitarios y se ceden las competencias a las Comunidades Autónomas. Entre otros países que han adoptado este sistema están Reino Unido, Finlandia, Suecia o Dinamarca.

- Sistema de Seguros Sociales (modelo Bismark): este modelo nace en Alemania en 1883. El estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos. Los recursos financieros van a parar a los "fondos" que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos. Los "fondos" contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto. Países como Francia, Bélgica, Holanda, Alemania o Austria han adoptado este sistema.

Para comprender mejor el Sistema Nacional de Salud (el cual tenemos en España) de presenta la figura 1.1 (Martinez-Giralt, 2010) que resume todos los agentes que interactúan dentro de él. Por un lado, está el Ministerio de Sanidad, que actúa como regulador del sector, determinando el tipo y el valor que los pacientes tienen que pagar por los servicios sanitarios que reciben del Sistema Nacional de Salud (SNS) y por los medicamentos (flecha 1). Además, también define la organización del sistema de salud pública (flecha 2), así como las prestaciones del sistema de salud pública y quien las proporciona (flecha 4). El Ministerio de Sanidad regula también al sector farmacéutico (flecha 3), así como los precios de los medicamentos a efectos de la provisión pública, el copago o los medicamentos que solo se venden con receta.

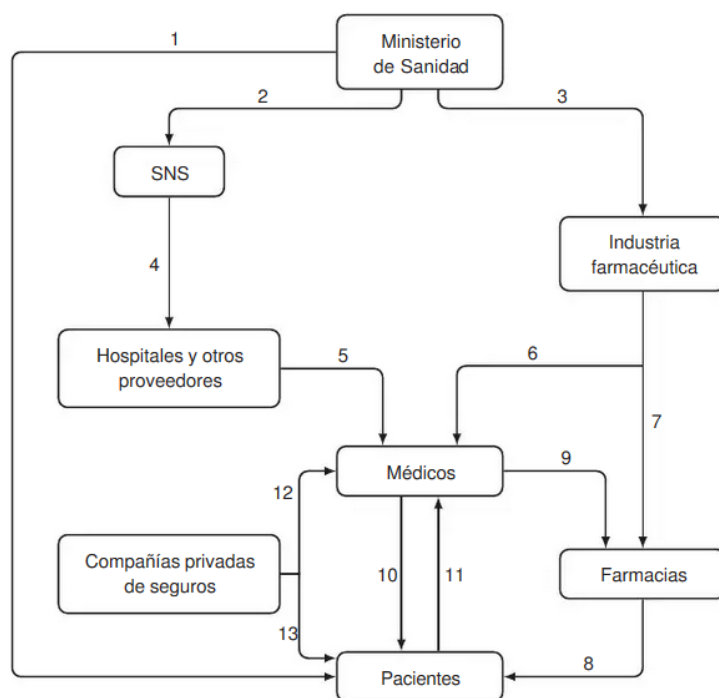
Los hospitales y demás proveedores públicos, como son los centros de asistencia primaria, son las instituciones de asistencia sanitaria, contratan médicos, enfermeros/as y demás personal de apoyo (flecha 5).

La industria farmacéutica produce y vende los medicamentos a las oficinas de farmacia, que a su vez las venden a sus pacientes (flechas 7 y 8). La relación de agencia entre médicos y pacientes crea en la industria farmacéutica los incentivos para promocionar sus productos a los médicos con el propósito de influenciar sus decisiones en la prescripción de medicamentos (flecha 6).

Finalmente, las flechas 10 y 11 muestran la interacción fundamental entre pacientes y médicos, que determina el resultado final de la totalidad del sistema de salud y la razón de su existencia. El paciente detecta síntomas de enfermedad de acuerdo con los cuales y tras las pruebas pertinentes, el médico prescribe el tratamiento.

Por último, los individuos también pueden contratar un seguro privado de enfermedad alternativo o complementario al público, en cuyo caso las compañías contrataran con médicos y pacientes el sistema de reembolso (flechas 12 y 13) (Martinez-Giralt, 2010).

Figura 1.1: Principales agentes de un sistema de salud

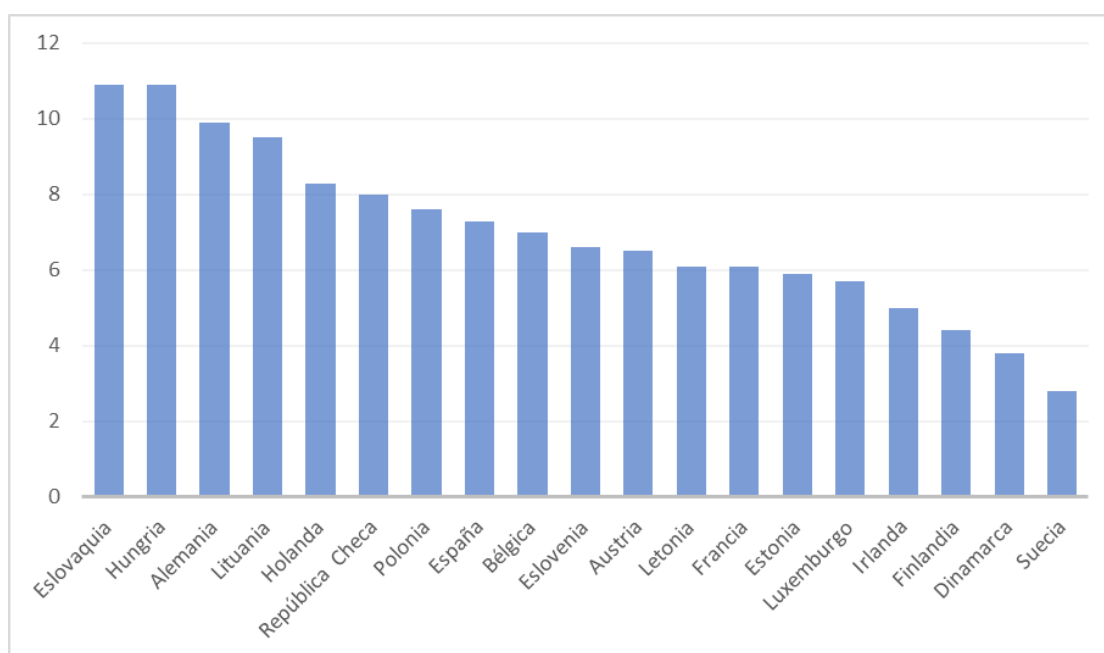


Fuente: Martínez-Giralt, 2010

3. LA DEMANDA DE SALUD Y DE ASISTENCIA SANITARIA

Como ya se ha mencionado anteriormente, el ámbito de la salud tiene características especiales y diferentes a cualquier otro sector, por tanto, su demanda también es especial.

La demanda de atención sanitaria es una demanda derivada, no se demanda porque se desee por sí sola, sino que se demanda con el fin de mejorar la salud, que es lo que los individuos desean ya que afecta a su bienestar y su función de utilidad. Cuanto más alejado se esté del estado de salud óptimo, la demanda de asistencia sanitaria será mayor por dos razones: la inversión en salud será más eficaz cuanto más lejos estemos del óptimo y en segundo lugar porque la utilidad derivada de la asistencia sanitaria será también mayor cuanto mayor es la necesidad. Partiendo de esto podemos suponer que la demanda de una persona sana es elástica. Aumentos en el precio de la asistencia sanitaria llevan a un descenso importante de la cantidad demandada. De forma contraria sucedería para personas enfermas ya que su demanda es rígida. Aun así, si el precio siguiese subiendo indefinidamente, la curva de demanda vaya haciéndose más sensible al precio de las personas enfermas, aunque su demanda fuese rígida. La demanda de asistencia sanitaria se compone de servicios diferentes. La demanda hospitalaria será más rígida que la de consultas médicas (Gimeno Ullastres, 2012)

Figura 3.1.1: Número de consultas médicas por persona al año

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, es necesario destacar que la demanda de servicios sanitarios es una demanda inducida por la oferta. El concepto de demanda inducida por la oferta se refiere a la situación en la que los proveedores de servicios sanitarios utilizan su mayor información para influir en la demanda de sus pacientes buscando un interés propio (relación de agencia imperfecta) (Oliva Moreno et al, 2018).

Entre los agentes (paciente y médico) se establece una relación de agencia, la cual ocurre cuando un principal (paciente) delega su voluntad a la hora de tomar decisiones en un agente (médico). Esto se debe a que, como ya se ha mencionado previamente, existe información asimétrica. El médico posee una mejor información que el paciente y por ello es el quien toma las decisiones. Esta relación de agencia será perfecta cuando el médico tome la misma decisión que habría tomado el paciente si este dispusiese de la misma información que el médico. Aquí surge la situación de agencia perfecta en la cual el agente abandona sus propias preferencias y asume las del principal. Por ello, en toda relación de agencia el problema para el principal es asegurarse de que el agente actúa en busca de su mayor interés y no del propio. Sin embargo, la existencia de la mencionada información asimétrica y el sistema de pago por actuación de los médicos pueden generar incentivos a los agentes que difuminen las mejores opciones tomadas hacia el principal.

4. LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA

“Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.” Art. 42 de la Constitución Española.

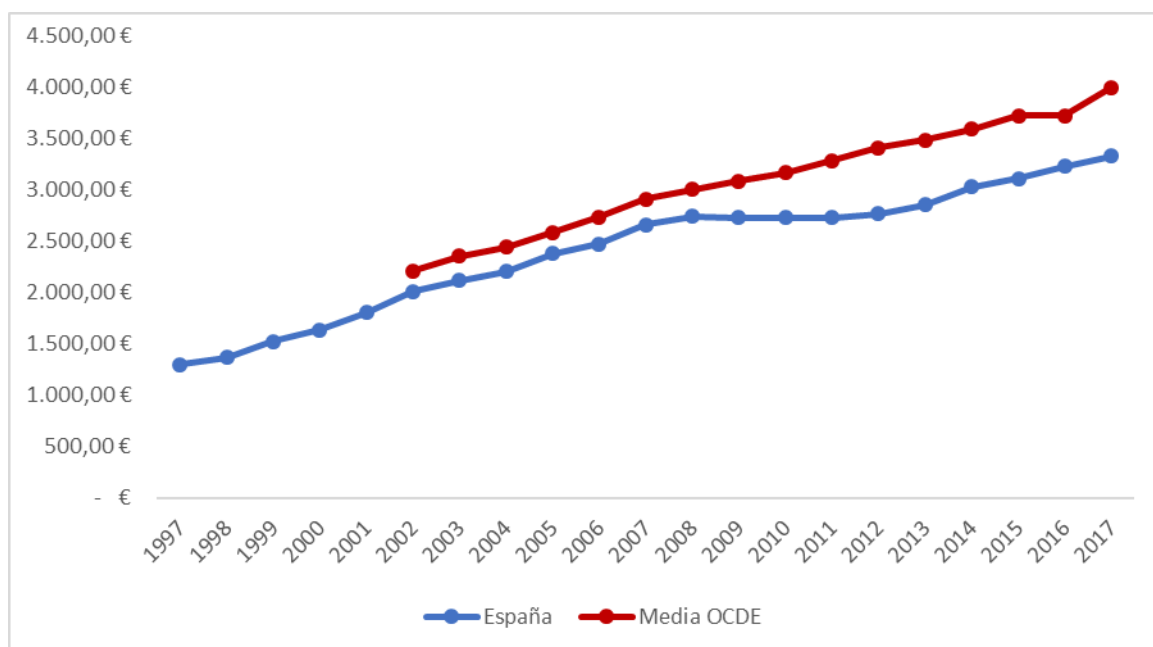
Este principio de nuestra Constitución no distingue entre los beneficiarios de este servicio público, sin embargo, se remite a la ley para la determinación y concreción de este. Es debido a esto por lo que no se pueden establecer diferencias atendiendo, entre otros, a la nacionalidad del ciudadano y su situación regular o irregular.

La Ley 14/1986 del 25 de abril, Ley General de Sanidad, regula las distintas acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. El sistema sanitario español reúne unas características destacables, como, por ejemplo, la universalidad de la atención, la accesibilidad y desconcentración y la descentralización a CC.AA

Esta parte es una pieza fundamental y principal en un Estado del Bienestar por lo que para mantenerlo y mejorarlo es necesario ser conscientes de su esencialidad e invertir en sanidad e investigación.

Existen teorías que defienden que los movimientos migratorios son ocasionados por el efecto que causa la existencia del Estado del Bienestar y la magnitud de sus beneficios (*“Welfare Magnet”*, Borjas, 1999). Esta teoría defiende que un Estado del Bienestar con un programa de ayudas a colectivos vulnerables es más probable que atraiga a inmigrantes que necesitan de estas ayudas, por tanto, estos no establecen sus decisiones de emigrar de su país de origen solamente en base a criterios como el salario en el país de destino, la tasa de paro o el lenguaje, sino que tienen en cuenta posibles beneficios que recibir debido a su condición de vulnerabilidad.

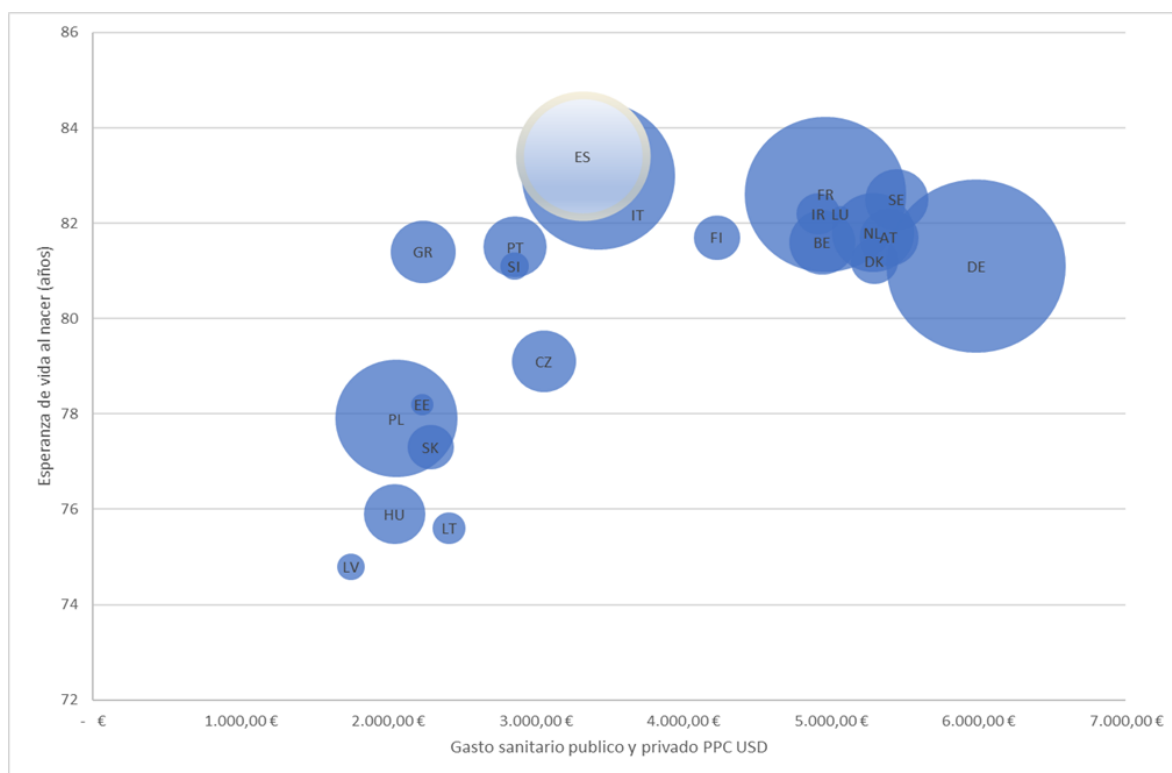
Un buen indicador de un Estado del Bienestar es el gasto en sanidad como porcentaje del PIB. El gasto en cuidados de salud y servicios sanitarios como porcentaje del PIB en España es del 8,9 % mientras que la media de la OCDE se sitúa en 8,8 %. En ambos casos, la mayor parte es gasto público (6,2% en nuestro país) mientras que el restante es gasto privado (OCDE, 2020). En estos datos reside la importancia de estudios de gastos en salud, así como su financiación, ya que es una parte importante del destino final de nuestras contribuciones. Como podemos observar en la Figura 4.1, el gasto per cápita en España (expresado en USD) ha seguido una tendencia al alza desde finales de los años noventa hasta hoy, con una clara parte plana de la curva desde el año 2008 debido al inicio de la crisis financiera, hasta el año 2013 en adelante. Aun con esta tendencia al alza, es mucha la diferencia que nos separa con el que encabeza la lista: Alemania (5986 USD per cápita).

Figura 4.1: Evolución gasto sanitario dólares per cápita

Fuente: Elaboración propia.

¿Podemos entonces asumir que un mayor gasto en sanidad conlleva a una mejor salud? Un mayor gasto supone mayores recursos sanitarios y por tanto un aumento de la oferta, al ser la demanda de asistencia sanitaria inducida por la oferta, suponemos que aumentaría la demanda de asistencia. Por otro lado, la salud es algo que difícilmente se puede medir, pero un buen indicador es la esperanza de vida al nacer. En la figura 4.2 podemos ver la relación entre el gasto sanitario en países de la UE y su esperanza de vida al nacer (el tamaño del círculo es proporcional a la población del país). En dicha figura podemos ver que no necesariamente más gasto conlleve más esperanza de vida. Podemos por ejemplo fijarnos en el caso de Portugal, que presenta una esperanza de vida al nacer de 81,5 años y un gasto sanitario de 2.861 USD per cápita y, por otro lado, Alemania, la cual tiene una esperanza de vida de 81,1 años y un gasto de 5.986 USD per cápita.

Figura 4.2: Relación entre el gasto en sanidad y la esperanza de vida al nacer

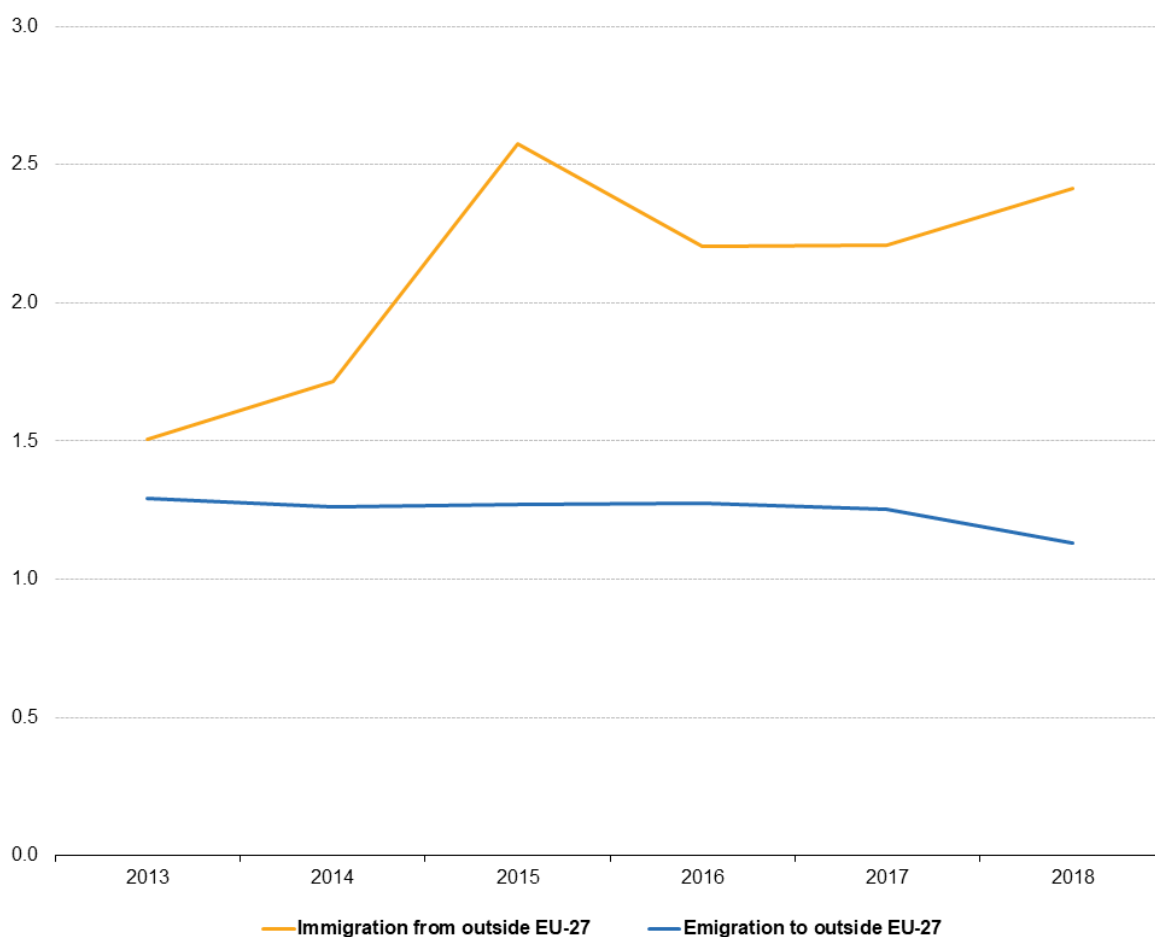


Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, se puede afirmar que un mayor gasto en sanidad no lleva precisamente a una mayor esperanza de vida. Es muy necesario saber dónde está el punto óptimo de recursos que debemos asignar a la producción de salud ya que puede ser que aumentos de inversión en sanidad no lleve a una mejora de la salud de los individuos (esto es debido a los rendimientos marginales decrecientes de la función de producción). Esto incluso puede llevar a que más gasto en sanidad resulte en un perjuicio para los pacientes y la población en general y no ningún tipo de beneficio.

Si nos fijamos en el ejemplo de España, podríamos calificar nuestro sistema de salud como “eficiente” ya que cumple con el objetivo de maximizar la variable observada, que en este caso es la esperanza de vida al nacer.

Con estos datos, es posible encontrar algún tipo de correlación entre el gasto sanitario de los países y su población inmigrante. Según datos de Eurostat, en 2018 Alemania fue el país que más población inmigrante recibió (893.9 mil) seguido de España (643.7 mil), Francia (386.9 mil) e Italia (332.3 mil). Esto puede ser explicado por dos razones: en el caso de España e Italia, por su localización es más accesible a través del mar Mediterráneo por inmigrantes que provienen de África. Por otro lado, la recepción de inmigrantes de Alemania y Francia se podría explicar por la teoría mencionada anteriormente del “Welfare Magnet”, ya que son dos países con un alto nivel de gasto sanitario y políticas públicas.

Figura 4.3: Inmigrantes de fuera de UE-27 y emigrantes fuera de la UE-27.

Fuente: Eurostat, 2018

5. INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

5.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La población de España en 2019 ascendía a 47.329.981 personas (INE, 2020). Una dieta saludable, nuestro sistema sanitario y nuestras expectativas de vida sitúan a España como el país más saludable del mundo en 2019 (Bloomberg, 2019), con una expectativa de vida al nacer de 83,4 años, solo superada por Suiza (83,6 años) y Japón (84,2 años) (OCDE, 2020).

Nuestro país ha sido, junto a otros países mediterráneos, el destino de más población inmigrante desde los años 90 hasta ahora. Esta recepción de población extranjera en España ha ido aumentando desde los años 90 hasta la actualidad, aunque se vio afectada durante los años de la crisis financiera de 2008, pero que a partir de 2017 ha vuelto a seguir su tendencia al alza. Para hacernos una idea de la magnitud de este crecimiento, la

población extranjera en 1998 constituía el 1,58% del total de la población en España mientras que a fecha 1 de enero de 2020 se situaba en el 11,45% (INE,2020).

Tabla 5.1.1: Evolución demográfica en España



Fuente: Elaboración propia.

España cuenta con una población extranjera de 5.423.198 personas de las cuales el 15,94% son de Marruecos, el 12,27% de Rumanía y el 5,03% de Colombia, siendo el restante de prácticamente todos los países del mundo. Además, se estima que hay una población inmigrante en situación irregular de 150.000 individuos.

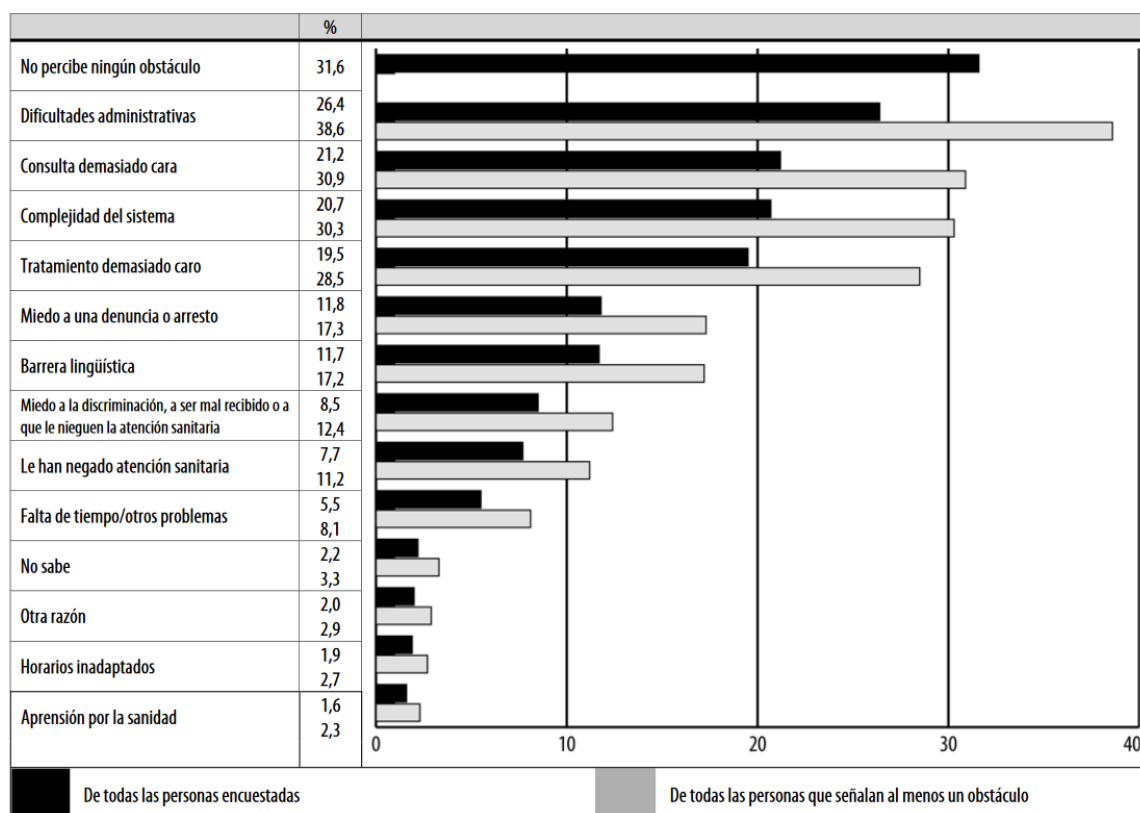
Los inmigrantes durante la etapa precrisis (1998-2007) constituyeron un elemento que hizo dinamizar y aumentar el crecimiento económico de España (De la Rica, 2010). El modelo de desarrollo basado fundamentalmente en actividades intensivas en factor trabajo y baja productividad requería grandes cantidades de mano de obra y la llegada de inmigrantes hizo que se respondiese a esa demanda. Por otro lado, la inclusión de inmigrantes al servicio doméstico hizo que la tasa de actividad de las mujeres con niveles superiores de educación aumentase (Farré et al, 2010). Además, esta llegada de inmigrantes a nuestro país supuso un gran crecimiento de la población y lo que es más importante, el rejuvenecimiento de misma (De la Rica, 2010).

5.2 POSIBLES BARRERAS AL ACCESO DE LOS INMIGRANTES A LA ATENCION SANITARIA

Aunque en España disfrutamos de una sanidad pública y universal, existen una serie de obstáculos que pueden hacer difícil el acceso a esta por parte de la población inmigrante. En un estudio realizado por el Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad en 2008, en

el cual se entrevistaron a 1.125 inmigrantes en situación irregular en 31 ciudades europeas, refleja que casi el 70% de la población encuestada había tenido algún obstáculo para acceder a la atención sanitaria en su país de destino.

Figura 5.2.1: Obstáculos percibidos al acceso al sistema sanitario por inmigrantes irregulares



Fuente: El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos, Observatorio Europeo, 2008.

A partir de aquí se pueden diferenciar los obstáculos a los que es posible que se pueden enfrentar los inmigrantes a la hora de acceder a un servicio sanitario en España. Distinguiremos entre: barrera legal, barrera cultural y barrera lingüística.

4.2.1 Barrera legal

Según el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, en España disfrutamos de una sanidad universal para todos. Con esta universalidad quedan cubiertos los derechos de atención sanitaria de todas las personas residentes en España con independencia del país de nacimiento. También extiende este derecho a personas en nuestro país en carácter irregular (previa presentación de una serie de documentos para garantizar su seguridad). Este acceso por parte de los inmigrantes en situación irregular había quedado vetado tras la entrada en vigor del Real Decreto 1192/2012 de 20 de abril, de Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que ligaba la atención sanitaria a la condición de asegurado, por lo

que quedaban en situación de vulnerabilidad aquellos extranjeros establecidos de forma irregular en España.

Este tipo de medidas atentan contra los principios de un Estado del Bienestar en el que la sanidad ha de ser pública, universal y de calidad. Con leyes como el Real Decreto 1192/2012 se refleja una sanidad en nuestro país politizada que no atiende a criterios económicos, si no a criterios ideológicos que, en palabras de Carmen Montón, Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social entre los meses de junio y septiembre de 2018 *“agrava la situación de extrema necesidad de las personas excluidas de la asistencia”*

Aún con la ley vigente que cubre a cualquier persona, es posible que la población inmigrante perciba alguna dificultad en recibir asistencia sanitaria por la serie de documentación que es necesaria para poder acceder a los servicios.

4.2.3 Barrera lingüística

No conocer el idioma del país en el que nos encontramos puede suponer un gran obstáculo para la vida en él. Cuando una persona toma la decisión de emigrar, tiene en cuenta todas las variables. La propensión de emigrar a un sitio en particular, mientras todas las demás variables son iguales, es mayor cuanto menor sea la “distancia lingüística” entre la lengua del migrante y el conocimiento de este de la lengua del país de destino (Chriswick y Miller, 2015). En el caso de España, podemos diferenciar dos situaciones como ejemplo: la primera siendo la inmigración procedente de América del Sur como consecuencia a esta propensión lingüística; pero, por otro lado, una gran parte de la inmigración que recibimos es consecuencia de la cercanía de los países de África (Marruecos, Argelia, Sáhara Occidental) y de Europa del Este (Rumanía, Ucrania, Bulgaria).

Una atención sanitaria sin el conocimiento de la lengua lleva a un servicio de baja calidad y puede ser acompañada por una mala identificación de síntomas o no entender el tratamiento prescrito, por lo que finalmente el paciente no siente que sus necesidades han sido cubiertas.

4.2.3 Barrera cultural

Los diferentes valores y creencias nos hacen concebir la salud o la enfermedad de diferente manera, como puede ser, por ejemplo, la creencia de ciertas religiones de que la enfermedad es un desequilibrio entre el cuerpo y el alma que puede ser por causa del incumplimiento de las normas de la religión a la que se sigue.

Las restricciones a recibir asistencia sanitaria por parte de los inmigrantes pueden ser debidas a diferentes factores del entorno sociocultural del país de origen, así como influenciados por la misma familia del paciente o por su entorno más directo. Un estudio llevado a cabo en Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Tarragona, reveló que la población marroquí cree mayoritariamente en la efectividad de los fármacos y los programas de vacunación, pero también piensa que la enfermedad depende de la voluntad de Alá (el 93,7% de las mujeres y el 95,0% de los hombres). La desconfianza de los maridos a que los médicos varones atiendan a su mujer aumenta con los años de residencia en nuestro país (del 17,1 al 21,1%). El colectivo se siente satisfecho con el sistema sanitario

español (el 92,2% de las mujeres y el 86,7% de los hombres), aunque tiene dificultades relacionadas con el idioma (el 51,6% de las mujeres y el 43,3% de los hombres) y, especialmente los hombres, manifiestan dificultades para acudir a las visitas programadas debido a conflictos con su horario laboral (50,8%) (Almagro et al, 2009).

5.3 LITERATURA PREVIA SOBRE UTILIZACION DE SERVICIOS SANITARIOS POR POBLACION INMIGRANTE

En este apartado se van a analizar una serie de estudios sobre el acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los colectivos de inmigrantes.

En el primer estudio *“Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante”* (Bas-Sarmiento et al, 2015) el objetivo es conocer y determinar las necesidades y los problemas de salud de los individuos extranjeros en nuestro país y su relación con el acceso y la utilización de la atención sanitaria. La metodología utilizada fue un estudio cualitativo a 51 inmigrantes de 11 nacionalidades diferentes en el Campo de Gibraltar, puerta de entrada a Europa para la inmigración procedente de África.

Los resultados del estudio difieren según nacionalidad de procedencia, pero podemos agrupar respuestas comunes. Reflejan una duda generalizada de la gratuidad de los servicios sanitarios, lo que ha influido en la toma de sus decisiones. En relación con el acceso a los servicios de salud, existen una serie de obstáculos en el sistema sanitario para dar cobertura a sus necesidades, como puede ser por ejemplo el desconocimiento de la lengua unido a la falta de intérpretes y los tecnicismos usados por el personal sanitario o la falta de información sobre servicios y programas.

También se destaca la difícil conciliación de horarios de consultas y condiciones laborales de los extranjeros, que en muchos casos dificulta o imposibilita recibir o continuar los cuidados de la salud. Además, existen características representativas de grupos de población que influyen en el acceso a los servicios, como por ejemplo la importancia de la cultura de origen (creencias sobre la salud y la enfermedad), el tiempo de estancia en el país receptor y el conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario.

En el segundo estudio analizado, *“La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España”* (Regidor et al, 2009) se compara la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante y por la población autóctona. El método utilizado fueron cuatro encuestas de salud realizadas en el año 2005 en Cataluña, Ciudad de Madrid, Canarias y Comunidad Valenciana, siendo los servicios investigados médico general, médico especialista, servicio de urgencias, hospitalización y dos servicios preventivos: mamografía y citología vaginal.

El resultado principal de este estudio es que la frecuencia de visitas médicas y la frecuencia de hospitalización de la población inmigrante es similar a la de la española. Sin embargo, la utilización de médicos especialistas y servicios sin financiación pública (dentistas) es mucho menor por parte de la población inmigrante, solamente a excepción de los inmigrantes provenientes de países occidentales.

En el caso de los servicios de urgencias se da una mayor utilización por la población inmigrante que por la española. Esto en parte se debe al uso de estos servicios por parte del colectivo de América Central y del Sur. Ya que este colectivo es muy numeroso en España, su frecuencia es la que más pesa en la estimación, sin embargo, el resto de los grupos inmigrantes utilizan estos servicios de urgencia con menor frecuencia que los españoles.

La utilización de servicios de médicos especialistas y sin financiación por parte de la población inmigrante es similar entre los diferentes grupos de inmigrantes, pero no sucede lo mismo en el resto de los ámbitos que se estudiaron (médico general, hospitalización y servicios de urgencia) donde se encuentra una gran heterogeneidad en los resultados.

Los autores de este estudio no encuentran explicaciones concluyentes para estos resultados. Presentan unas hipótesis a la menor utilización de los servicios sanitarios explicada por el complicado proceso administrativo para acceder a ella, razones culturales, lingüísticas o religiosas, además de extensas jornadas laborales como consecuencia de contratos laborales precarios. Aun así, estas hipótesis no se han podido contrastar. No obstante, los hallazgos apoyan la idea de que alguna de estas circunstancias podría darse en algunos servicios sanitarios, como en las consultas al médico especialista y la utilización de los servicios preventivos.

Por último, se encuentran variaciones en el uso de algún servicio sanitario para el mismo grupo de inmigrantes, dependiendo de su ámbito geográfico, que sugiere la posible existencia de diferencias entre esos lugares en factores relacionados con el uso de los servicios.

En otro estudio "*Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales*" (Llosada et al, 2010) se pregunta al otro lado de la cuestión. Se analiza desde el punto de vista de los profesionales de la salud como acceden y utilizan los inmigrantes los servicios sanitarios. La metodología para ello fue un muestreo teórico de 73 profesionales de atención primaria y hospitalaria en 6 áreas de la salud de Barcelona que tienen un mayor porcentaje de población inmigrante.

Los resultados muestran que la mayoría de los profesionales consideran que el acceso a los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes no presenta ningún tipo de barrera y que los miembros de estos colectivos no encuentran ninguna dificultad para tramitar la tarjeta sanitaria individual. Los profesionales también hablan del aumento de pacientes inmigrantes en los servicios sanitarios, sobre todo en algunos Equipos de Atención Primaria.

Otro punto que resaltan los profesionales es que la población inmigrante no conoce bien el funcionamiento del sistema de salud. En lo que se refiere al seguimiento de la asistencia, aunque hay opiniones diversas, la que se impone ampliamente es que los pacientes inmigrantes hacen una continuidad asistencial menor que los autóctonos.

En general, los profesionales entrevistados consideran que los distintos colectivos de inmigrantes no tienen dificultades para acceder a los servicios sanitarios porque desde la administración se ha eliminado cualquier obstáculo que pueda impedir este acceso.

Por otro lado, los profesionales de salud mental, tanto psicólogos como psiquiatras, consideran que reciben menos pacientes inmigrantes en comparación con los españoles, sobre todo porque existen colectivos como el marroquí o el chino que pueden tener prejuicios en torno a esta disciplina.

En la línea de la opinión de los profesionales, algunos estudios consultados para este proyecto concluyen que los distintos colectivos de inmigrantes tienen una menor probabilidad de haber visitado un médico especialista que los autóctonos, que acceden y usan un poco menos que los autóctonos la atención primaria y que, en cambio, tienen una mayor probabilidad de haber usado el servicio de urgencias. Un punto interesante que presentan los profesionales es que los pacientes de origen sudamericano hacen un uso mayor de los servicios en comparación con los demás colectivos, ya que estos no presentan problemas de comunicación.

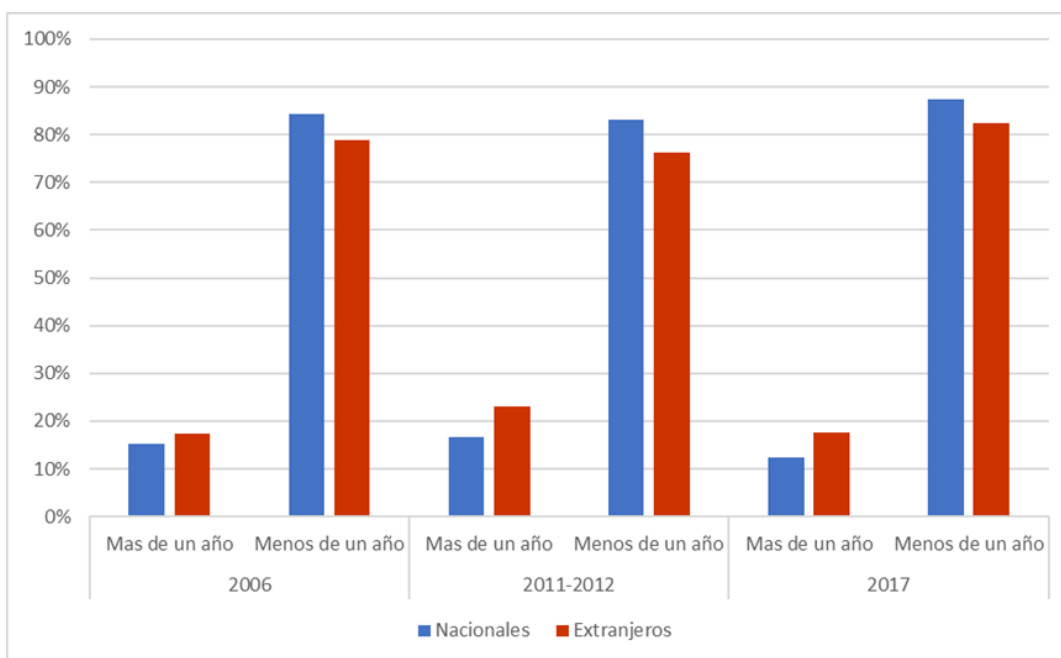
Con estos datos de los distintos estudios podemos llegar a la conclusión de que teóricamente el acceso a la sanidad para los colectivos de inmigrantes no está obstaculizado por este hecho, pero sí que hay que tener en cuenta las barreras socioculturales a las que se tienen que enfrentar al llegar a un país nuevo en el que, muchos de ellos, no hablan siquiera la lengua.

5.4 ANÁLISIS DE VARIABLES

A raíz de los resultados de estos estudios, se procede a analizar una serie de variables relacionadas con la asistencia sanitaria y compararlas para la población española y extranjera. Estos datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud, llevada a cabo por el INE. Los años elegidos son 2006, 2011-2012 y 2017. Las variables a estudiar son: tiempo transcurrido desde la última consulta médica, tiempo transcurrido desde la última visita al dentista o especialista bucodental, utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses y realización de mamografía en el periodo recomendado para el cribado del cáncer de mama en mujeres de entre 50 y 69 años. Se han seleccionado estas variables para ver la diferencia de frecuencias entre visitas programadas con cita previa o las visitas al servicio de urgencias, siendo esto de especial interés para ver si es posible que las condiciones laborales sean un impedimento para recibir atención sanitaria. De la misma forma, se eligen las visitas al especialista para analizar si existen diferencias con los nacionales a la hora de tener que pagar por el servicio. Por último, se analiza la utilización de servicios de prevención para contrastar los resultados con los estudios del punto 5.3.

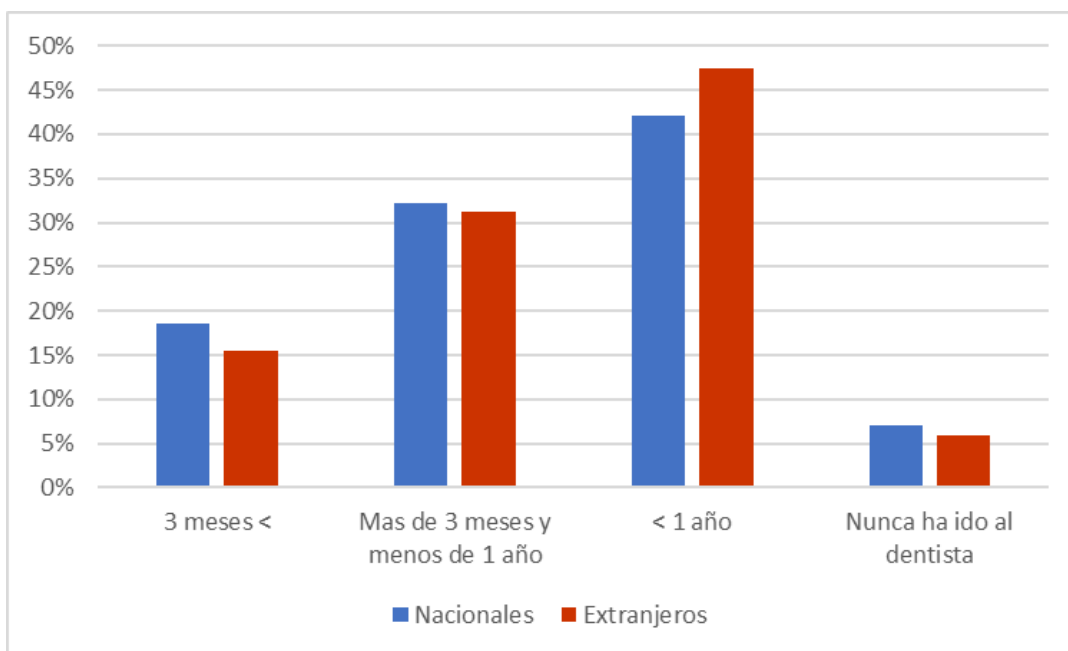
En la figura 5.4.1 se describe la comparativa entre las visitas médicas de nacionales y extranjeros. En el último año recogido, 2017, un 87,5% de población española había acudido al médico hace menos de un año, frente a un 82,3% de la población extranjera. Esto demuestra que la utilización por parte de los nativos es ligeramente mayor que la de los extranjeros, y sigue un mismo comportamiento a lo largo de los años.

Figura 5.4.1: Tiempo transcurrido desde la última consulta médica



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5.4.2: Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista o especialistas bucodentales

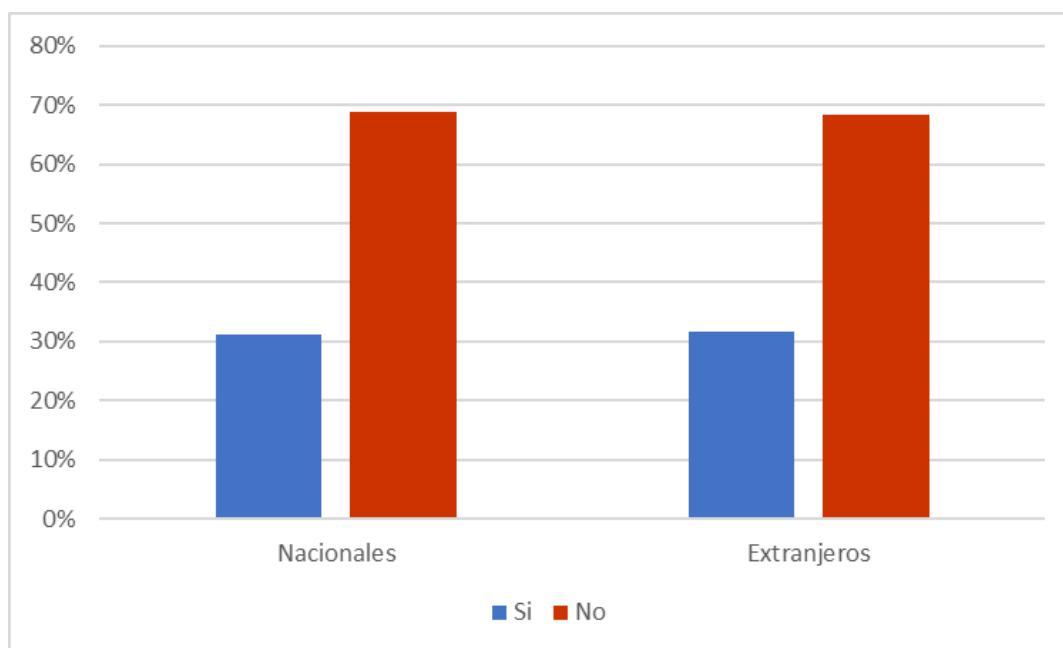


Fuente: Elaboración propia.

En la figura 5.4.2 observamos que la frecuencia de visitas al dentista es mayor en los nacionales que en los extranjeros, aunque es interesante señalar que un 7,11% de los

nacionales nunca ha ido al dentista, mientras un 5,84% de los inmigrantes nunca lo ha visitado.

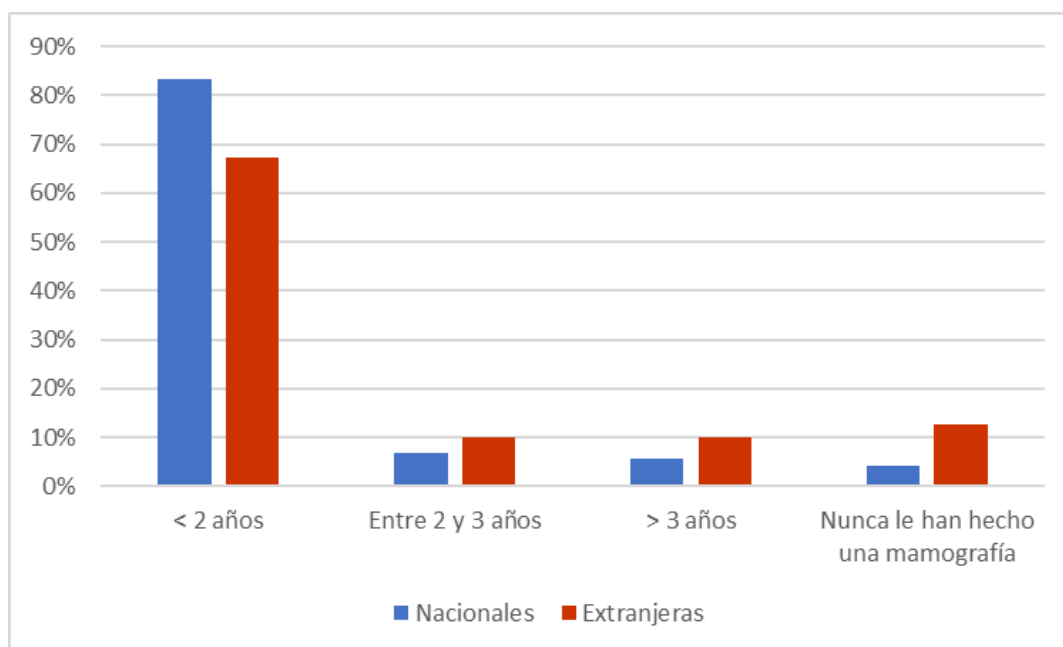
Figura 5.4.3: Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la utilización del servicio de urgencias, los datos son prácticamente similares entre la población española y la extranjera. Un 31,21% de los nacionales había visitado las urgencias médicas en los últimos doce meses frente a un 31,67% de la población extranjera.

Figura 5.4.4 : Realización de mamografía en el periodo recomendado.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los servicios de prevención, el ejemplo elegido ha sido la realización de mamografías para el cribado de cáncer de mama entre mujeres de 50 y 69 años, sí que podemos ver que las mujeres españolas han utilizado más este servicio que las extranjeras, siendo además un 4,26% las que nunca se han hecho una mamografía frente a un 12,58% de las extranjeras.

En la tabla 5.4.1 se muestra, en porcentaje, la distribución de los lugares a los que acude la población para una consulta médica. Observamos que ambos grupos de población utilizan en mayor medida los centros de salud para sus visitas médicas, siendo más utilizados por el colectivo extranjero, así como las urgencias.

Tabla 5.4.1: Lugar de la consulta médica en las últimas cuatro semanas.

	2006		2011-2012		2017	
	Español	Extranjero	Español	Extranjero	Español	Extranjero
Centro de salud	55,41	55,79	60,2	65,12	60,93	64,52
Ambulatorio	15,05	19,68	13,38	15,77	10,38	11,74
Hospital	12,37	8,11	12,58	8,79	15,45	11,57
Urgencias	2,78	4,43	2,09	3,49	1,04	2,41
Médico particular	11,83	9,52	9,23	5,03	10,61	8,95
Domicilio	0,8	0,29	1	0,36	0,77	0
Otro lugar	1,76	2,18	1,52	1,45	0,83	0,81

Fuente: Elaboración propia.

6. CONCLUSIONES

La salud, acompañada de la asistencia sanitaria, es un bien que todos necesitamos y al que todos tenemos derecho, independientemente de la nacionalidad, género, edad o religión. Es por ello, que muchos individuos se ven forzados a emigrar a un país distinto en busca de una vida mejor para ellos mismos y sus familias, lo que por tanto lleva implícito la búsqueda de mantener o mejorar la salud.

Con los datos analizados en este trabajo se da respuesta a la creencia errónea de una parte de la población española que piensa que los inmigrantes hacen un uso excesivo de la sanidad en nuestro país. No solo esto no es cierto si no que hay casos en los que los inmigrantes hacen un uso bastante menor de la asistencia sanitaria (servicios de prevención como pueden ser mamografías o consultas a especialistas como dentistas) que los autóctonos. Este menor uso puede tener razones como una percepción de barreras de acceso a los servicios sanitarios, una menor incidencia de los inmigrantes de enfermedades crónicas o una edad media menor que la española (36,23 años frente a 44,5 años) (INE, 2020). Aún con estos datos, no hay que olvidar que el colectivo inmigrante es un colectivo en su mayoría vulnerable. Otra de las razones mencionadas en los estudios analizados podría ser la incompatibilidad entre el horario laboral y las consultas médicas, que podría además ser la explicación de la menor continuidad de recibir asistencia médica en el tiempo por parte de los inmigrantes.

En cuanto a la realización de nuevos estudios es necesario apuntar que la población inmigrante es muy heterogénea desde el punto de vista demográfico, cultural y socioeconómico, por lo que sería necesario llevar a cabo grandes estudios que pudiesen abarcar la diversidad que presenta para obtener unos resultados realmente fieles con la realidad. Sin embargo, no creo que sea necesario un desarrollo de estudios que desacrediten las ideas malformadas alrededor de estos individuos, sino que es más necesario que la solución se plantee como una educación de la población nacional para poder desarrollar un pensamiento crítico y justo que deseche estas teorías que nada tienen que ver con la realidad.

7. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Gil, M; Bleda García, J.M; Centelles García, C (2019) Rev. Española de Salud Pública; Vol.93 “Los inmigrantes en el sistema sanitario español: aspectos participativos y de atención a la salud”

Almagro Lorca, M.J; Rojas Cecilia, M.J; Guix Oliver, J; Garreta Girona, S; Ribot Serra, B; Arijal Val, V; Aten Primaria. (2010) ;42(5):266–272 Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí: Creencias sobre salud y enfermedad

Antelo, M; Fraga J.M; Reboredo, J.C. (2010) “Fundamentos de economía y gestión de la salud” Cap 1

Atella, V; Marini, G (2006) “Is health care expenditure really a luxury good? Re-assessment and new evidence based on OECD data”

Barragán, H.L; Moiso A; Mestorino, M.A; Ojea, O.A. (2007) “Fundamentos de salud pública”, p. 172

Bas-Sarmiento, P; Fernández-Gutiérrez, M; Albar-Marín, M.J (2015) Gac Sanit; 29(4):244–251 “ Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante”

Borjas, George J. (1999):” Immigration and welfare magnets”, Journal of Labor Economics, vol. 17, nº4, p 607-637.

Braña Pino, F.J (2015) “Economía política de la salud”

Chiswick, B; Miller, P (2015) Handbook of the Economics of International Migration, Volume 1, Chapter 5 - International Migration and the Economics of Language, Pages 211-269,

Durán, M.A (2004), Gac Sanit;18(Supl 1):195-200 “Las demandas sanitarias de las familias”

De la Rica, S (2010) Blog “Nada es Gratis” Los Inmigrantes y la Economía Española antes y después de la crisis.

EUROSTAT (2018) Migration and migrant population statistics; Migration flow. Data extracted in May 2020. Planned article update: April 2021

Farré, L; González, L; Ortega, F (2010) “Immigration, Family Responsibilities and the Labor Supply of Skilled Native Women”

Fuchs, V.R (2004) Health Affairs “More variation in use of care, more flat-of-the-curve medicine”

Gimeno Ullastres, J.A (2012) “Análisis de la demanda en sanidad” [Internet] Cap. 1.8, p 14-19

Hidalgo A; Corugedo de las Cuevas, I; Del Llano Señaris, J. (2000) Libro Economía de la salud, p. 6,

INE (2018) Demografía y población. Estadística del Padrón Continuo. Población por comunidades, edad (grupos quinquenales), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año.

INE (2018) Sociedad. Salud. Encuesta Nacional de Salud. Resultados de 2006, 2001-2012, 2017. Asistencia sanitaria. Cifras relativas.

Llosada, J; Vallverdú, I; Miró, M; Pijem, C; Guarga, A (2010) "Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales"

Molina Morales, A; Guarnido Rueda, A; Amate Fortes, I (2012) "¿Cómo evoluciona el gasto en sanidad en los países ricos? Cincuenta años en perspectiva"

Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de los Médicos del Mundo (2009) El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos.

OMS (1946) "Official Records of the World Health Organization" Nº 2, p. 100.

Oliva Moreno, J; Gonzalez, B; Trapero, M; Hidalgo, A; del Llano, J.E (2018) Libro Economía de la Salud, Cap 6,10

Pita Barros, P (2006) Revista Asturiana de Economía, "Gasto Sanitario: ¿Es más siempre mejor?" p.12-15

Regidor, E; Sanz, B; Pascual, C; Lostao, L; Sánchez E; Díaz Olalla, J.M (2009) Gac Sanit.2009;23(Supl 1):4–11 "La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España"

Vázquez, M.L; Vargas, I; Aller, M.B (2014) Gac. Sanit.; 28(S1):142–146 "Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014"